

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

318

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Yves FLEURANCE

Ancien interne des Hôpitaux de Nantes
Ex-aide d'Anatomie à l'Ecole de Médecine
Lauréat de l'Ecole de Médecine

Né à Nantes le 21 Janvier 1903

UNE NOUVELLE TECHNIQUE OPÉRATOIRE
PAR EXTÉRIORISATION
DES CANCERS COLIQUES

Président : M. CUNÉO, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Yves FLEURANCE

Ancien interne des Hôpitaux de Nantes

Ex-aide d'Anatomie à l'Ecole de Médecine

Lauréat de l'Ecole de Médecine

Né à Nantes le 31 Janvier 1903

UNE NOUVELLE TECHNIQUE OPÉRATOIRE

PAR EXTÉRIORISATION

DES CANCERS COLIQUES

Président : M. CUNÉO, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1931

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHIERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHIARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 N Physiologie.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. . . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 ÉCALE Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 GARNIER. . . . Pathologie expérimentale
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER. . Pathologie chirurgicale
 GIROUD Histologie.
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN . . Anatomie pathologique.
 HUTINEL . . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . . Hygiène.
 LABBE (Henri) Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 LEVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MILLOT Histologie
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. Pathologie chirurgicale.
 MULON. Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique,
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU. Pathologie chirurgicale.
 RICHEL. Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY. Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE. Histologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI. . . Clinique médicale,
 CHIRAY. . . Clinique médicale,
 DEBRÉ. . . Clinique médicale.
 DUVOIR. . . Clinique médicale.
 FIESSINGER. Clinique médicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique méd.
 BASSET . . . Clinique chirurgicale,
 CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
 MATHIEU . . Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT. . Clinique chirurgicale.
 PROUST. . . Clinique chirurgicale
 SCHWARTZ. Clinique chirurgicale
 LE LORIER. Clinique chirurgicale.
 LEVY-SOLAL. Clinique obstétricale.
 METZGER . . Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	
CHAILLEY-BERT.	
LEDoux-LEBARD	
WEILL-HALLÉ	

Stomatologie,
 Education physique.
 Radiologie clinique
 Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de mon affection et
de la reconnaissance que je leur dois.*

A MA FEMME

A MES FRÈRES ET SŒURS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR CUNÉO

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière
Officier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A NOTRE MAITRE

M. LE DOCTEUR F. GAUDIN

Chirurgien des hôpitaux de Nantes

*Qui a bien voulu nous inspirer le sujet
de cette thèse. Témoignage de notre gra-
titude pour la bienveillance dont il a tou-
jours fait preuve à notre égard.*

A MM. LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MM. LES DOCTEURS GENDRON, URBAIN MONNIER
(*in memoriam*), BALLEREAU, MIRALLIÉ,
GROSSE, LEROUX, JOUON, PASQUEREAU,
GOURDET, LÉON SOURDILLE, MOUTIER,
HENRI LERAT, ROBERT BUREAU, TEXIER,
LEVESQUE, VIEL, GILBERT SOURDILLE, GA-
BRIEL SOURDILLE, JULES LEGRAND.

*Dont nous avons eu l'honneur d'être
l'interne ou l'externe.*

Une nouvelle Technique opératoire

par Extériorisation

des Cancers coliques

INTRODUCTION

L'extirpation d'une tumeur du gros intestin pour être conduite jusqu'à son complet achèvement comprend : une résection segmentaire de l'intestin, ou colectomie ; puis un rétablissement de la continuité de l'intestin ou entérorraphie.

Ces deux manœuvres peuvent ne faire l'objet que d'un seul temps opératoire ; c'est l'opération simple, idéale semble-t-il l'opération de Reybard.

Ce fut la première opération en date tentée contre les tumeurs du côlon, ce serait encore l'opération unique si les suites opératoires avaient toujours été aussi simples que la conception chirurgicale de Reybard. Malheureusement la mortalité opératoire en grévant lourdement cette méthode a orienté les efforts et les recherches vers des méthodes moins brillantes mais plus sûres.

Les causes de la mort peuvent toutes être ramenées :

1° A l'infection du méso et du tissu cellulaire

périnéoplasique, qui provoque après mobilisation des tumeurs des cellulites mortelles ;

2° A l'insuffisance des sutures de l'entérorraphie :
Tôt ou tard, le contenu intestinal très septique parvient à filtrer entre les points qui perdent leur étanchéité par sphacèle des tranches, infecte le péritoine, et la mort est la conséquence de cette infection chez des malades dont la résistance est déjà diminuée.

Les méthodes et les procédés destinés à obvier à ces inconvénients se sont multipliés.

Nous ne nous déclarerons pas ici partisan de telle ou telle méthode.

Nous ne décrivons pas tous les procédés, leur nombre seul suffit à en condamner beaucoup. De plus dans la variété des procédés qui s'offrent à lui le chirurgien doit choisir celui qui convient le mieux au siège, à la nature, à l'étendue, aux connexions du néoplasme.

Nous avons seulement l'intention de prouver qu'il existe une méthode qui dans quelques cas est formellement indiquée, qui dans tous les cas est réalisable par un opérateur peu entraîné à la chirurgie du gros intestin. C'est l'extériorisation.

Après avoir décrit les principaux procédés d'extériorisation nous rappellerons les objections faites à cette méthode et nous montrerons que la nouvelle technique opératoire que notre maître, M. le D^r Gaudin a bien voulu nous communiquer semble échapper à ces reproches.

DÉFINITION. HISTORIQUE DE L'EXTÉRIORISATION

Une certaine confusion a longtemps régné au sujet du terme « extériorisation ». Il ne faudrait pas croire qu'une colectomie par extériorisation fut une colectomie hors du ventre par exposition extra-abdominale des anses sur lesquelles on opère. Les opérations de Reybard et de Volkmann seraient alors des procédés d'extériorisation.

Cruet l'a très bien fait remarquer dans sa thèse (Paris, 1913-1914). « Le critérium de la méthode d'extériorisation, dit-il, est dans la résection de la tumeur à péritoine fermé et non dans le temps d'extériorisation de la tumeur au dehors de la cavité péritonéale »

Au Congrès de chirurgie de 1922, M. Abadie rapporteur, a de nouveau précisé ce point : « Je rappelle encore le sens que d'accord avec Okinezyk, nous conservons à l'extériorisation. C'est la manœuvre qui, à quelque moment que l'on doive faire ensuite la résection, consiste à attirer hors du ventre la tumeur et son anse préalablement mobilisées, et à rétablir au-dessous la continuité du péritoine pariétal. De la sorte anse et tumeur sont bien « extériorisées » ; grâce à quoi toutes les manœuvres opératoires

toires ultérieures se passeront à l'extérieur de la cavité péritonéale : c'est bien là le but poursuivi ».

En 1892 Reclus propose, devant les catastrophes de la colectomie en un temps, une opération « qu'un de nous, dit-il, a imaginé et pratiqué deux fois et qui pourrait rendre des services ». Cette opération c'est la méthode d'extériorisation en trois temps, telle que nous la décrirons plus loin.

C'est sous cette forme modeste que naquit en France la méthode d'extériorisation : on met en dehors de la paroi abdominale ce qu'on peut de l'intestin supportant la tumeur, sans songer au méso et aux ganglions qu'il peut contenir ; on rase secondairement la tumeur ; quant à l'anus contre nature on en fait la cure s'il est possible.

A la même époque en 1892, Bloche de Copenhague a la même idée que Reclus et décrit le procédé d'extériorisation qui porte son nom.

Avec Mickulicz en 1902 l'extériorisation fait un nouveau pas en avant. Cet auteur en effet navré de voir que ses résultats de colectomie en un temps étaient d'autant plus mauvais que sa technique opératoire allait en s'améliorant, reconnut que la cause de ses nombreux insuccès tenait aux conditions mêmes que créait localement le cancer : altération des parois de l'intestin et virulence du contenu intestinal. Il adopte alors la méthode d'extériorisation de Bloch qu'il perfectionne ; nous décrirons plus loin sa technique exacte.

Vers la même époque, Paul en Angleterre et Hochenegg en Allemagne décrivent des procédés d'extériorisation inspirés de celui de Bloch.

A partir de cette date les procédés d'extériorisation se multiplient et en 1907 Okinezyc élève du professeur Hartmann publie dans sa thèse (Paris 1906-1907) le procédé opératoire de son maître et deux observations d'opération en deux temps suivies de succès ; mais impressionné par les résultats brillants de certaines statistiques récentes d'opérations en un temps, il n'ose se prononcer en faveur de la méthode d'extériorisation et termine en disant : « Si la colectomie en deux temps constitue une excellente opération de choix, elle demeure encore une opération de nécessité. »

Il semble que ses prévisions ne se soient pas réalisées, du moins immédiatement et Cruet dans sa thèse rapporte un nouveau procédé d'extériorisation celui de son maître Quénu.

A partir de cette époque, un certain éclectisme se fait quant au choix des procédés. On parle de procédé applicable aux tumeurs du côlon transverse, du côlon pelvien, du sigmoïde...

Les procédés d'extériorisation restent cependant en vogue, applicables à presque tous les cas de cancer des côlons et au Congrès français de chirurgie de 1922 Okinezyc quoique partisan de la « dérivation » confirme que « l'extériorisation n'est point un pis aller, mais la méthode de choix dans des cas bien déterminés ».

PROCÉDÉS D'EXTÉRIORISATION

Nous ne décrivons pas sous ce nom le procédé de Lardennois qui comporte avant l'extériorisation proprement dite une manœuvre à péritoine ouvert : cette manœuvre consiste dans une anastomose entre les deux bouts afférent et efférent de l'anse qui va être extériorisée et présente de ce fait les graves dangers des opérations à péritoine ouvert.

Par contre nous comprendrons dans cette étude succincte l'opération de Bouilly-Volkman qui peut être faite à péritoine ouvert mais que rien n'empêche de faire à péritoine fermé.

Opération de Reclus 1892.

« La tumeur est purement et simplement retirée du ventre toute entière, et de telle sorte que les portions saines de l'intestin en aval et en amont du néoplasme puissent adhérer au péritoine pariétal, spontanément ou par suture. Puis la tumeur est rasée, soit au bout de quelques jours dans le premier cas, soit immédiatement dans le second, et il reste après cette opération un anus artificiel pur et simple. On peut plus tard essayer d'oblitérer cet

anus... ». Le principe de la méthode est donc bien posé par Reclus qui semble avoir précédé Bloch et Mickulicz dans cette voie.

Opération de Bloch 1892.

Dans un premier temps l'ause intestinale est attirée hors de la cavité abdominale et fixée dans cette nouvelle position. Dix à quinze jours après, la résection de la tumeur est pratiquée et une entérorraphie circulaire tentée. Enfin dans un troisième temps la cure de l'anus est réalisée.

Opération de Mickulicz 1902.

Elle comprend : une extériorisation, une section du mésocôlon (ce qui distingue l'opération de Mickulicz de celle de Bloch) tout en conservant l'artère marginale pour assurer la vitalité de l'anse, puis une fermeture du péritoine. La colectomie est retardée de quelques jours et se termine par l'établissement d'une dérivation *in situ*, sans entérorraphie. L'entérorraphie et la cure de l'anus font l'objet d'un temps ultérieur.

*Opération de H. Hartmann (1904)
et de Paul 1900.*

C'est à peu près l'opération de Mickulicz. Mais Hartmann sectionne complètement le mésocôlon y

compris l'artère marginale, et fait à péritoine fermé une colectomie immédiate. Le bout distal est écrasé et fermé. Le bout proximal est maintenu ouvert pour une dérivation *in situ* au moyen d'un tube de verre coudé (tube de Paul, tube de Hartmann).

Paul opère de la même façon mais ne ferme pas le bout distal qu'il draine comme le bout proximal avec un tube de verre.

Les deux bouts afférent et efférent sont quelquefois adossés en canons de fusil sur une plus au moins grande longueur avant la colectomie et la fermeture du péritoine. La cure de l'anús contre nature fait l'objet d'un temps ultérieur.

Opération de Bouilly-Volkman 1883.

Nous avons vu que ces opérations habituellement pratiquées à péritoine ouvert, pouvaient par extériorisation être faites à péritoine fermé. Elles seront donc comme les précédentes conduites jusqu'à la colectomie.

A ce moment on réunit les deux bouts de l'anse par une entérorraphie partielle, c'est-à-dire que l'entérorraphie est commencée comme pour une suture circulaire par une demi-circonférence postérieure. Mais on borne là la suture. La demi-circonférence antérieure laissée sans suture est fixée à la peau pour maintenir une dérivation *in situ* temporaire. La suture de la demi-circonférence antérieure est laissée à une date ultérieure.

Opération de Quénu.

L'extériorisation et la fermeture du péritoine sont obtenues par un procédé spécial que Cruet décrit comme une extériorisation extra-pariétale de la tumeur, extra-péritonéale du pédicule vasculo-ganglionnaire.

Dans un premier temps on fait l'extériorisation l'incision des deux feuillets droit et gauche du mésentère en respectant le contenu, c'est-à-dire, vaisseaux et ganglions qui sont décollés et clivés dans l'épaisseur du mésentère. Puis les deux feuillets (côté racine du mésentère) sont suturés respectivement aux deux tranches du péritoine pariétal. La cavité péritonéale est alors fermée si l'on a soin de suturer les anses afférentes et efférentes dans les angles de l'incision pariétale. Une difficulté survient lorsqu'on a fait un décollement colo-pariétal par suite de l'absence du feuillet gauche du mésentère. Dans ce cas on unit au péritoine pariétal le péritoine de la fosse iliaque incisé sur le bord externe du colon ilio-descendant.

Huit jours plus tard on résèque le néoplasme et l'anse intestinale en même temps que le pédicule vasculo-ganglionnaire le plus loin possible.

Puis l'entérorraphie est faite partiellement comme dans l'opération de Bouilly Volkmann par suture de la demi-circonférence postérieure. La demi cir-

conférence antérieure est fixée à la peau pour une dérivation *in situ*. Un troisième temps consiste dans la suture de cette demi-circonférence, qui ferme l'anus et achève l'entérorraphie.

REPROCHES FAITS A LA MÉTHODE D'EXTÉRIORISATION

Nous avons vu dans le chapitre précédent les différents procédés d'extériorisation.

Nous allons maintenant étudier les différentes objections faites à la méthode d'extériorisation en général et examiner en quelle mesure ils sont applicables aux différentes opérations ci-dessus décrites.

Ces reproches ont été précisés dans la communication de Jaboulay et Cavaillon à la Société de chirurgie de Lyon en 1908 et sont les suivants :

1^o La méthode d'extériorisation, est une méthode longue qui demande des mois de traitement, qui nécessite plusieurs opérations successives ; qui exerce à la fois, comme le dit Rotter, la patience des malades et de l'opérateur ;

2^o Dans la méthode d'extériorisation on fait une ablation forcément incomplète du territoire lymphatique. Sans doute, quand on voit le néoplasme, à condition que celui-ci n'adhère pas ou ne porte pas sur un côlon accolé, on pourra croire faire une extériorisation large, mais 48 heures après, quand on fera la résection, une partie importante sera rentrée dans l'abdomen, attirée par la masse intes-

tinale et l'on coupera près du cancer. Cet inconvénient sera plus vrai encore pour le coin mésentérique qui se retirera peu à peu dans l'abdomen ;

3^o L'anus en cañons de fusil laissé après l'exérèse est d'une gravité et d'une difficulté spéciale à traiter.

Examinons ces reproches point pour point et voyons s'ils sont justifiés dans tous les procédés d'extériorisation :

1^o Le premier reproche est d'ordre général et ne devrait pas uniquement être appliqué aux opérations d'extériorisation. Bien des opérations à péritoine ouvert telle que celle de Baum-Schlosser sont des opérations en plusieurs temps et donc aussi longues. Enfin ce reproche ne peut nous intéresser : ne vaut-il pas mieux comme l'a fait remarquer Pauchet guérir en plusieurs temps que tuer en un seul ?

2^o L'objection relative à l'ablation incomplète du territoire lympho-ganglionnaire attenant à la tumeur ne peut s'appliquer qu'aux procédés de Bloch et du Hechenegg ; procédés vieillis, abandonnés par les partisans de l'extériorisation élargie à la Mickulicz.

Quant à la rétraction de l'anse herniée attirée par la masse intestinale, elle constitue un fait plus certain, aussi un bon procédé d'extériorisation doit-il presque toujours être précédé d'un décollement colo-pariétal assez étendu pour pouvoir attirer hors de l'abdomen une portion suffisante de l'intestin.

3^o Le dernier reproche nous semble le plus important : C'est celui des dangers et des inconvénients de l'anüs contre nature en canons de fusil laissé par suite de l'abrasion de la tumeur.

C'est le reproche le plus justifié parmi ceux faits à l'extériorisation.

Bloch et Hochenegg l'avaient bien senti et nous savons qu'ils ont cherché à y échapper. Le premier en faisant suivre la résection de la tumeur d'une entérorraphie circulaire extra-abdominale qu'il laissait quelques jours à l'extérieur pour surveiller l'intestin. Le second plus hardi, en rentrant immédiatement à l'intérieur de l'abdomen l'anastomose qu'il venait de créer. Mais Bloch eut des insuccès, ses sutures lâchèrent, de l'infection se produisit et il en vint à faire de parti pris l'anüs en canons de fusil.

Hochenegg il est vrai, fut plus heureux, il n'eut que des succès mais il fut le seul.

Aussi la plupart des procédés d'extériorisation laissent après résection un anus contre nature en canons de fusil.

Or nous savons combien les anus formés par accolement des anses sont de cure difficile par suite de la présence d'un éperon ; les dangers de la fermeture de l'anüs soit lors de l'application de l'entérotome, soit au moment de l'entérorraphie ne sont donc pas niables et ont forcé Cruet dans sa thèse à conclure qu'un bon procédé d'extériorisation devait dès le second temps préparer dans une large

mesure la cure de l'anús contre nature. C'est pourquoi il nous a indiqué dans sa thèse une légère variante du procédé du Quénu décrit plus haut. Sa méthode consiste lors du deuxième temps à faire suivre la résection d'une entérorraphie circulaire immédiate ou mieux d'une entérorraphie longitudinale avec fente pour obtenir une guérison spontanée de la fistule stercorale ainsi créée.

Le procédé que nous allons reporter dans cette thèse joint à sa simplicité extrême d'exécution la solution si délicate des problèmes que nous avons soulevés et tout particulièrement la solution de la cure de l'anús.

PROCÉDÉ DE M. LE D^r F. GAUDIN

Nous n'insisterons pas sur l'ouverture de l'abdomen et sur la recherche de la tumeur. Nous rappellerons cependant ce qui a été précisé sur l'incision à pratiquer, au Congrès Français de chirurgie de 1921 : à savoir qu'il pourra y avoir intérêt à choisir l'incision qui donnera non point l'accès le plus direct sur la tumeur même, mais la distance la plus courte entre la plaie et le pédicule de l'anse mobilisée.

Il faut se donner assez de jour pour pouvoir effectuer assez facilement le décollement colo-pariétal de P. Duval ce décollement est presque toujours nécessaire pour amener le néoplasme et une anse assez volumineuse hors de l'abdomen (fig. I).

Le méso attenant à la tumeur est alors sectionné en coin et les ganglions enlevés le plus loin possible jusqu'à l'origine des vaisseaux coliques ; l'hémostase étant parfaite de grandes compresses sont soigneusement placées entre l'anse herniée et la plaie opératoire de façon à isoler complètement la tumeur. Les deux anses afférente et efférente sont alors accolées l'une à l'autre et unies par un sujet séro-séreux catgut fin ou au fil de lin sur une longueur de 10 à 12 centimètres (fig. II).

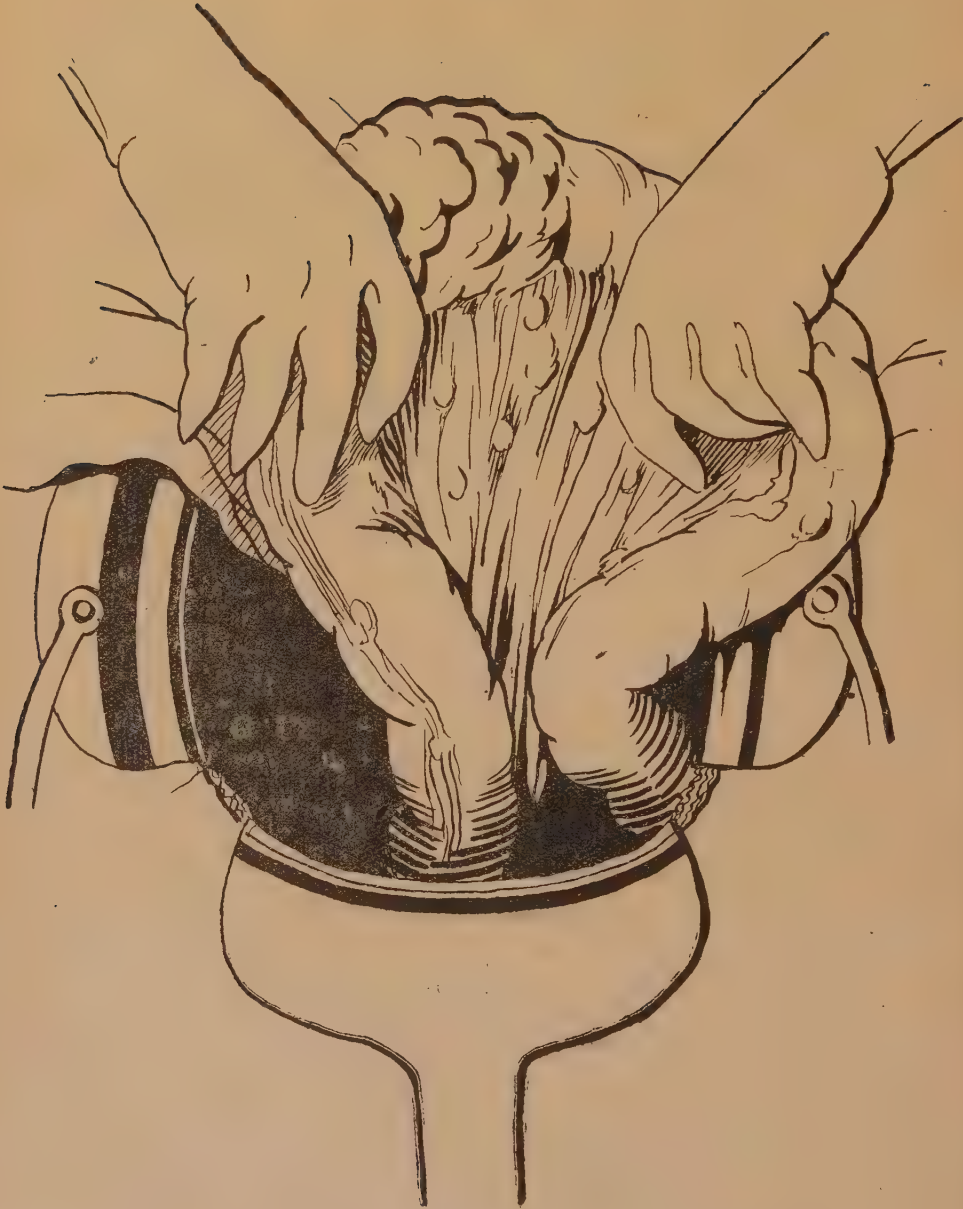


Fig. I

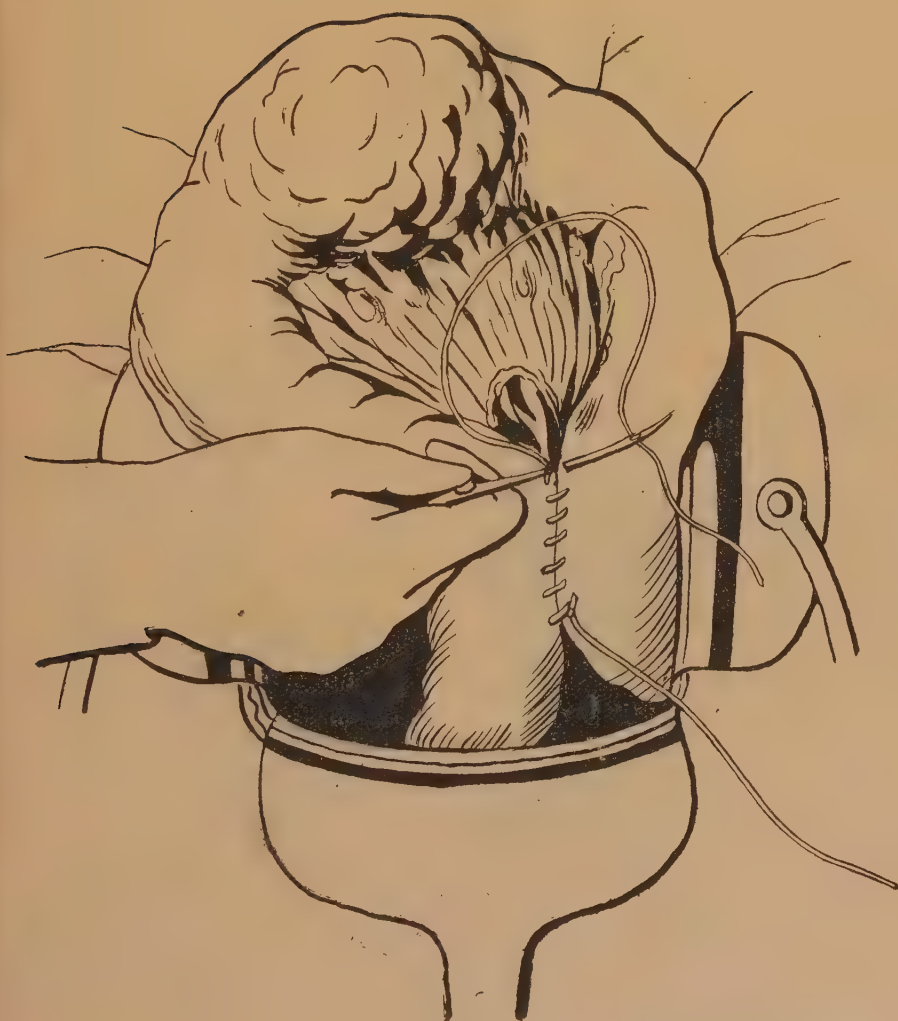


Fig. II



Fig. III



Fig. IV



Fig. V

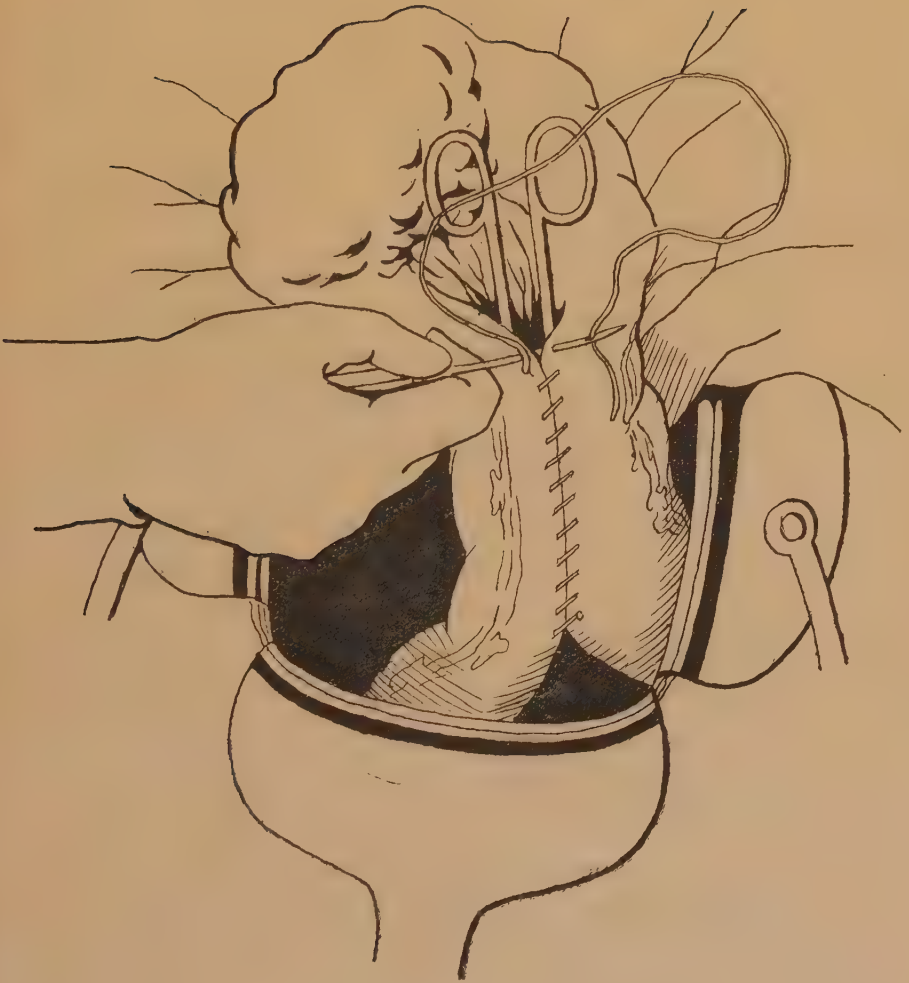


Fig. VI

On pratique alors avec une pointe fine de thermocautère deux petits trous sur l'intestin au niveau de la partie moyenne du surjet et à un centimètre et demi de celui-ci (fig. III).

Les deux branches d'un entérotome spécial sont alors introduites dans la cavité intestinale par ces deux petits orifices (fig. IV). L'entérotome est fermé d'une façon modérée en ayant soin que les branches restent parallèles au surjet et que leurs extrémités demeurent éloignées de la portion initiale de celui-ci d'au moins deux centimètres (fig. V).

Le surjet séro-séreux est alors continué en avant de l'entérotome enfouissant celui-ci jusqu'à son articulation (fig. VI).

Le péritoine pariétal est alors soigneusement refermé autour du manchon intestinal et la brèche abdominale est rapidement refermée à l'aide de points cutané-aponévrotiques.

Pansement soigneux et isolant.

Quelques jours après la tumeur est réséquée au ras de l'abdomen, l'entérotome tombe de lui-même du 12^e au 15^e jour.

Les suites opératoires sont généralement très simples. L'anus contre nature a tendance à la guérison spontanée et s'il ne s'oblitére pas de lui-même vers la fin du deuxième mois une intervention simple en aura facilement raison.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Dr Gaudin)

Mme A..., 54 ans.

Opérée en 1919 d'un néoplasme de l'anse sigmoïde. Malade en pleine occlusion ; anus cæcal. Quelques semaines après, exérèse de la tumeur (épithélioma cylindrique) par le procédé classique de Mickulicz. Suites classiques.

Un mois après la résection, cure difficile de l'anus en canons de fusil.

En 1925 la malade revient avec des crises douloureuses extrêmement violentes. La palpation de l'abdomen révèle une tumeur située au même endroit que la précédente, mais beaucoup plus volumineuse.

Opération le 23 novembre 1925. — La tumeur est située au niveau de la suture ancienne. Extériorisation par le procédé qui fait l'objet de cette thèse.

Le 9 janvier la malade est en bonne voie de guérison, l'entérotome est tombé lorsqu'éclatent soudain des troubles psychiques : Mutisme complet, la malade refuse de parler.

L'examen médical ne révèle aucune complication apparente (pas d'acidose).

Coma : La malade meurt le 14 janvier.

OBSERVATION II (D^r Gaudin)

Mlle M..., 59 ans.

Entre en pleine occlusion le 22 juillet 1923 à l'Hôtel-Dieu de Nantes. Appendicostomie.

Quelques jours après un lavement baryté montre la présence d'une tumeur au niveau de la partie haute de l'anse sigmoïde.

Opération le 13 août 1925. — Anesthésie locale, extériorisation par le procédé habituel.

La masse est réséquée le 20 août et la pince tombe le 25, le doigt introduit dans l'anus montre que l'entérostome n'a pas été placé suffisamment bas et il reste une ébauche d'éperon.

Par le bout inférieur les selles sont cependant assez fréquentes mais ont tendance à diminuer.

La malade est renvoyée en assez bonne santé et vient deux mois plus tard. La fermeture de l'anus est alors assez facile sans section de l'éperon. La bouche de l'appendicostomie s'est spontanément refermée.

Métastase hépatique 4 ans plus tard, ascite, mort.

OBSERVATION III (D^r Gaudin)

M. B..., 66 ans.

Cancer volumineux et adhérent de l'angle splénique, après décollement colo-pariétal étendu, la tumeur est extériorisée par le procédé habituel (2 juin 1926).

Suites satisfaisantes mais l'entérotome n'ayant pas suffi-

samment sectionné la cloison. il reste un léger éperon, l'anus a peu de tendance à se fermer spontanément.

Le 8 juin 1926 la cure de l'anus est cependant très facile sans section de l'éperon. Malade perdu de vue.

- OBSERVATION IV (D^r Gaudin)

M. B..., 60 ans.

Entre en pleine occlusion à l'Hôtel-Dieu de Nantes le 7 août 1925. Anus cæcal à l'anesthésie locale.

Le 28 août, extériorisation de la tumeur située au niveau de l'angle splénique par le procédé habituel.

Tout se passe normalement.

Le malade rentre chez lui avec un anus mais il a des selles fréquentes provoquées par un suppositoire.

Le malade revient à la fin de novembre 1925 avec un anus de la largeur d'une pièce de un franc avec ectropion de la muqueuse. Cure très facile à l'anesthésie locale.

En 1928 récidive dans la paroi. Radiothérapie sans résultat. Mort en 1929.

OBSERVATION V (D^r Gaudin)

Mme M..., 56 ans.

La cure d'une hernie crurale droite fait découvrir un néoplasme du côlon ascendant.

Opération le 28 septembre 1925. — Grosse tumeur adhérente (épithélioma cylindrique) de l'angle hépatique du

Y. Fleurance

colon. La malade est très grasse et fatiguée et l'on recule devant une héli-colectomie. Extériorisation large de l'angle hépatique du côlon par le procédé habituel.

Le 1^{er} octobre 1925, l'anse herniée est distendue par les gaz. On y fait une pointe de thermocautère.

3 octobre, résection de la tumeur au ras de l'abdomen. L'entérotome tombe le 20 octobre.

13 octobre. — La malade a spontanément une petite selle. Dans les premiers jours de novembre la malade rentre chez elle avec une fistule stercorale peu volumineuse qui rend d'une façon modérée. Cure extrêmement facile de cet anus dans le courant de décembre 1925.

OBSERVATION VI (D^r Gaudin)

M. C..., 57 ans.

Néoplasme du sigmoïde.

Opération le 2 novembre 1925. — Extériorisation par le procédé habituel avec décollement colo-pariétal léger.

Le malade est en demi-occlusion et l'anse afférente est distendue.

Le champ opératoire est bien garni. La pointe de thermocautère dans l'anse afférente donne une issue de matière assez abondante extra-péritonéale.

Suites opératoires parfaites, aucun accident d'infection. Le 28 novembre alors que le malade était en excellente voie de guérison : Selles normales, bouche d'anus très petite, des phénomènes d'occlusion aiguë surviennent brusquement.

Opéré le 28 novembre 1925: Laparatomie latérale droite au niveau où l'on voit des anses grêles se dessiner.

On constate des adhérences ayant provoqué des coudures sur l'iléon ; section des adhérences et fermeture. Suites très normales.

Le 12 novembre 1925, fermeture très facile de l'anús.

Le 22 novembre nouveau tableau d'occlusion aiguë.

Nouvelle laparatomie, incision latérale droite, on constate des brides et des adhérences produites par péritonite plastique de tout l'abdomen. Malgré une opération peu satisfaisante l'occlusion cesse et depuis cette date le malade reste guéri.

OBSERVATION VII (Dr Gaudin)

Cancer de la partie haute de l'anse sigmoïde très facilement extériorisable par le procédé habituel (3 juin 1926) l'entérotome tombe le 15 juin; le doigt introduit dans l'anús montre une large communication entre les anses afférente et efférente.

Le 25 juin la malade a une selle moulée, l'anús a tendance à se fermer assez rapidement et la malade sort cinq semaines après son opération presque complètement guérie.

Depuis cette époque la malade se porte bien, l'anús s'est refermé spontanément. Pas de récídive.

CONCLUSIONS

I. — La méthode d'extériorisation des tumeurs du gros intestin est une méthode qui consiste à réséquer la tumeur à péritoine fermé. Elle reste une méthode sûre accessible à tout chirurgien.

II. — Certains reproches justifiés ou non ont été faits à la méthode d'extériorisation.

a) Trop grande longueur du traitement ;

b) Ablation incomplète du méso exposant aux récidives ;

c) Difficulté surtout de la fermeture de l'anus contre nature par suite de la présence d'un éperon.

Le premier reproche n'a qu'une valeur toute relative.

Le second ne s'applique pas aux procédés d'extériorisation élargie.

Le troisième seul est vraiment justifié.

III. — Le procédé que nous avons décrit semble échapper à ces trois objections :

C'est un procédé simple qui résout particulièrement bien le problème si délicat de la fermeture de

l'anus grâce à un entérotome placé non à l'aveugle mais à l'endroit voulu au niveau de l'accollement des anses afférente et efférente en canons de fusil et placé entre deux surjets séro-séreux.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu : le Président de la thèse,
CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- Abadie.* — Techniques de l'extirpation des tumeurs du gros intestin (Congrès français de Chirurgie, 1922).
- Bégouin.* — Techniques et résultats de l'extirpation des tumeurs du gros intestin (Congrès français de Chirurgie, 1922).
- Boyer.* — Contribution à l'étude du traitement radical du cancer du côlon gauche. Thèse Paris, 1919-1920.
- Cruet.* — De la meilleure technique opératoire applicable à la méthode d'extériorisation dans l'extirpation des cancers coliques. Thèse Paris, 1913-1914.
- Cavaillon.* — Thèse de Lyon, 1905-1906, n° 29.
- Cavaillon et Perrin.* — La colectomie dans les cancers du gros intestin (Revue de Chirurgie, 1908, XXXVII et XXXVIII).
- Chavannaz.* — Cure radicale du cancer du gros intestin (Rectum excepté). Thèse Bordeaux, 1895-1896, n° 21.
- Duval.* — Traitement chirurgical du cancer du côlon pelvien. Thèse Paris, 1902, n° 181.
- Guimard.* — Anus contre nature et fistules stercorales (Traité de Chirurgie, abdomen).
- Harmann.* — Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie, 1901.
— Travaux de chirurgie anatomo-clinique.
- Jayle.* — 4 cas de résection partielle du gros intestin (Congrès français de Chirurgie, 1922).
- Lardennois.* — Traitement chirurgical du cancer du gros intestin. Thèse Paris, 1899.
- Lockhart-Mummery.* — Techniques et résultats de l'extirpation des tumeurs du gros intestin (Congrès français de Chirurgie, 1904).
- Martel (De).* — A propos des tumeurs du gros intestin (Congrès français de Chirurgie, 1922).
- Monod et Vauverts.* — Bibliographie.

Monprofit. — Nouveau procédé de résection du gros intestin (Arch. prov. de Chir., 1922).

Okinczic. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical du cancer du côlon. Thèse Paris, 1906-1907.

— Techniques et résultats de l'extirpation des tumeurs du gros intestin (Congrès français de Chirurgie, 1922).

Pauchet. — Cancer du côlon (Congrès français de Chirurgie, 1922).

— Remarques sur le traitement du cancer du gros intestin (XVIII^e Congrès de Chirurgie, 1905).

Puig Surida. — Nouvelle méthode d'anastomose intestinale fermée (Congrès français de Chirurgie, 1922).

Quénu. — Bulletins et Mémoires Société de Chirurgie, 1904.

Quénu et Duval. — Etude clinique et thérapeutique du cancer du côlon pelvien (Société de Chirurgie, 1898, XXIV).

Souligoue. — Sur trois cas de cancer du gros intestin (XIV^e Congrès de Chirurgie, 1902).

